

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

SYK HB3001

2010



Smertelindring hos kreftpasienter

Høgskolen Stord/Haugesund

Avd. Haugesund

Kandidat nummer 31

Kull 2007

Antall ord: 7699

Selv trær trenger noe

Å støtte seg til

Når stormene raser -

Når ble du sterkere

Enn trær?

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Kreft er en sykdom som involverer mange mennesker. I 2008 ble det oppdaget 26 121 nye tilfeller av kreft i Norge. Kreftsmarter er et hyppig symptom hos pasienter i den palliative fasen. Det vises til at mange kreftpasienter ikke smertelindres tilstrekkelig. Som sykepleiere har vi en viktig oppgave å hjelpe til med smertelindring hos disse pasientene. Hensikten med studien var å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan bidra til best mulig smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase.

Metode: Metoden som er brukt er litteraturstudie. Det baseres på allerede eksisterende faglitteratur, forskningsartikler og teorier som belyser tema. Litteraturen innenfor det valgte område kritisk granskes og sammenlignes, for å besvare problemstillingen på en best mulig måte.

Resultat: Smertelindring til kreftpasienter kan være en vanskelig oppgave vi som sykepleiere står ovenfor. Uvitenhet og usikkerhet i bruk av opioider og manglende smertekartlegging er noe som går igjen i studiene. For at kreftpasientene skal få en god og verdig smertebehandling må det fokuseres mer på sykepleiernes kompetanse i smertelindringen. For å avdekke smerter må sykepleieren tilegne seg kunnskaper og holde seg oppdatert i bruk av de vanligste smertekartleggingsverktøyene og bruken av medikamentene i smertetrappen. Smerter er et sammensatt fenomen noe som må tas hensyn til i smertebehandlingen. Sykepleierne har behov for kompetanse og erfaring i smertebehandlingen.

Abstract

Background and purpose: Cancer is a disease that involves many people. In 2008 it was discovered 26 121 new cases of cancer in Norway. Cancer pain is a frequent symptom in cancer patients' life. It appears that the pain management for many cancer patients isn't sufficient. Nurses have an important task to help with pain relief to these patients. The purpose of this study was to determine how we as nurses can contribute to optimal pain relief for the palliative cancer patients.

Method: The method is a literature study. It is based on existing literature, research articles and theories that contain subjects that is relevant for the purpose. It has been used different criteria's to filter out non relevant literature to get the best possible answer to the question.

Results: As nurses the pain control for palliative cancer patients can be a difficult task. Ignorance and uncertainty in the use of opioids, and lack of pain mapping is something that recurs in the studies. If cancer patients should get a good and worthy pain management it must be focused more on the nurses' expertise in pain relief. To uncover the pain nurse must acquire knowledge and keep up to date in the use of the most common pain mapping tools and the use of drugs in the "painstairs". Pain is a complex phenomenon which must be taken into consideration in pain treatment. Nurses need continuing education and experience in pain management.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen	1
1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling	2
1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen	2
1.5 Oppgavens oppbygning	3
 2.0 Begrepsmessig rammeverk.....	4
2.1 Kronisk sykdom.....	4
2.2 Hva er kreft.....	4
2.3 Smerter – en personlig erfaring	5
2.3.1 Hva er smerte	6
2.3.2 Kreftsmerter, fysiske smerter.....	6
2.3.3 Kartlegging av smerte	7
2.3.4 Medikamentell smertelindring	9
2.3.4.1 Sykepleierens ansvar i den medikamentelle smertebehandlingen	9
2.4 Hva er palliasjon	10
2.5 Kommunikasjon med kreftpasienten	10
2.6 Livskvalitet og håp	11
 3.0 Metode.....	13
3.1 Hva er metode.....	13
3.2 Litteraturstudie som metode	13
3.3 Metodens sterke og svake sider	14
3.4 Litteratursøk og valg av litteratur	14
3.5 Kildekritikk.....	15
3.6 Etske aspekter.....	15
3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur	16
3.8 Presentasjon av bøker	18

4. 0 Drøfting og presentasjon av funn	19
4.1 Opplevelsen av smerter	19
4.2 Kartlegging av smertene	22
4.3 Medikamentell smertelindring	24
 5.0 Avslutning	26
 Referanseliste	27

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema jeg har valgt å fordype meg i er smertelindring til kreftpasienter. Kreft er en sykdom som involverer mange mennesker, enten som pasienter, pårørende eller bekjente. I 2008 ble det oppdaget 26 121 nye krefttilfeller i Norge. De fleste som rammes er over 50 år og kreftforekomsten er økende fra år til år (Kreftregisteret, 2009).

I praksisfeltet har jeg sett at mange pasienter og pårørende uttrykke utilstrekkelig smertebehandling. Rustøen, Torvik, Valeberg, Utne & Stubhaug (2008) viser til at kreftsmarter er et hyppig symptom hos pasienter i den palliative fasen. Studier viser videre at kreftpasienter ikke smertelindres tilstrekkelig, dette vises blant annet i studiet til Holtan, Kongsgaard og Ohnstad (2005). Vi som sykepleiere har en viktig oppgave å hjelpe til med riktig smertelindring til disse pasientene. Smertelindring er en viktig del i utøvelsen av sykepleie. Studien til Molnes (2008) viser til at på grunn av manglende kompetanse og faglig usikkerhet ble pasienter som ønsket å være hjemme, innlagt på sykehus for smertelindring.

I smertebehandlingen ligger det en rekke utfordringer for oss sykepleiere og nærheten vi har til pasientene underbygger rollen vi har til tilfredsstillende smertelindring. Rustøen (2007) viser til at til tross for at store mengder mennesker opplever smerte er helsepersonell ikke gode nok til å kartlegge smerter og at de ofte undervurderer pasienters smerteproblem. Som ferdig utdannet sykepleier har jeg både lyst til og har et ansvar for at smertelindringen til mine pasienter er god. Derfor har jeg valgt å utdype kunnskapen min rundt dette tema.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier bidra til best mulig smertelindring hos kreftpasienter i palliativ fase?

1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling

Det kan være mange årsaker til at pasienter uttrykker utilstrekkelig smertelindring. Helsepersonell kan ha for lite kunnskaper, være redd for respirasjonsdepresjon eller avhengighet hos pasientene, påvirkes av egen smerteopplevelse, holdninger og myter. Smerteopplevelsen er samtidig ulik hos pasientene. Smertelindring omfatter ikke bare den fysiske smerten. Både psykiske, sosiale og åndelige faktorer virker gjensidig inn på hverandre og er nær knyttet til smerteopplevelsen (Bjørge, 2006 og Kaasa, 2007). En viktig del av ansvaret som sykepleier er gjennom observasjon, omsorg og praktiske tiltak å ivareta pasienten. Kan vi som sykepleiere ivareta pasienten på best mulig måte i forhold til smertelindring kan det ha innvirkning på pasientens opplevelse av sykdommen og hans livskvalitet. De fleste som opplever kreft er i et vanskelig stadium i livet. Å sørge for god smertelindring hos disse menneskene kan være krevende, og gjennom oppgaven vil jeg øke min kunnskap om emnet.

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til voksne kreftpasienter i hjemmebasert tjeneste. Pasientene har fått beskjed om uhelbredelig sykdom og behandles med palliativt formål.

Det jeg vil vektlegge er smerter, medikamentell smertelindring og sykepleierens rolle i smertelindringen. Mellommenneskelige relasjoner og sykepleierens relasjon til pasientene vil stå sentralt i denne sammenhengen. Smerteopplevelsen er sammensatt, i oppgaven konsentrerer jeg meg om den fysiske smerten og utelukker psykiske, sosiale og eksistensielle smerter selv om de har innvirkning på hverandre og smerteopplevelsen.

Jeg går ikke inn på en bestemt kreftdiagnose men omtaler kreftpasienter generelt i en palliativ fase. Indre følelser og smerter anser jeg som et likeverdig problem uavhengig av diagnose. Smerter er et av flere symptomer ved kreftsykdom, men på grunn av oppgavens begrensning har jeg valgt å utelukke andre symptomer selv om de er vanlige og veldig aktuelle. Jeg tar heller ikke for meg praktiske sykepleietiltak som for eksempel personlig hygiene.

Målet med den palliative behandlingen vil være å lindre og forebygge smerte. Medikamentell smertelindring følges ofte av bivirkninger, disse vil ikke bli omtalt på grunn av begrensningen i ord. Det betyr ikke at de er mindre viktige.

Palliativ pleie i pasientens hjem vil være noe annerledes enn ved en institusjon, dette vil jeg heller ikke utdype i oppgaven. Jeg har valgt palliativ fase fordi jeg har erfart at pasienter som ønsker å være hjemme i den palliative fasen gjerne ikke får mulighet til det. Grunner til dette kan være at helsepersonalet føler seg utilstrekkelige og uerfarne i bruk av mye smertestillende i hjemmet. Den terminale fasen utelukkes og i begrensingen og vil derfor ikke bli utdypet i oppgaven.

I teksten omtales pasienten også som han eller den syke. Sykepleier omtales som hun eller jeg der det faller naturlig.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i 5 kapitler. Innledning, begrepsmessig rammeverk, metodedel, drøfting og avslutning. Innledning åpner oppgaven og sier hva oppgaven omhandler. I begrepsmessig rammeverk presenteres aktuell litteratur om kreft, smerter, smertekartlegging, medikamentell behandling, palliasjon og kommunikasjon. Videre følger metodekapittel der metode, fremgangsmåte og litteratur presenteres. I drøftingsdelen belyses og tolkes forskningslitteratur opp mot teori for å belyse problemstillingen. Avslutningen vil gi en oppsummering av resultatet i oppgaven.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Kronisk sykdom

Ifølge Engedal og Hanestad (2008) endrer livet seg betraktelig for den som blir syk og menneskene rundt. Sykdommen griper inn i hverdagslivet og setter nye betingelser på en rekke områder. Kontakten med helsevesenet er en av omstillingene den syke og familien må forholde seg til. Kvaliteten på forholdet mellom pasient og helsevesen vil ha betydning for livskvaliteten til den som rammes av sykdom. Det finnes en rekke forskjellige definisjoner på kronisk sykdom, jeg har valgt definisjonen av Mary Curtin og Ilene Lubin som lyder:

”Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt” (Engedal og Hanestad 2008 s 13).

Definisjonen gir rom for å diskutere hvilken rolle helsevesenet bør ha overfor pasienter med smerter og omfatter hele mennesket i samspillet med omgivelsene (Engedal og Hanestad, 2008).

2.2 Hva er kreft

Mer enn 20 prosent av alle dødsfall i Norge skyldes kreft, det vil si cirka 10 000 mennesker. 6000 av disse dør innen ett år etter at diagnosen er stilt. Mange av kreftpasientene opplever smerte (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2001).

Kreft eller cancer brukes om en ondartet/malign svulst. Forstyrrelser i celledelingen, celledifferensieringen eller vevsorganiseringen er det karakteristiske ved kreft. Begrepet tumor er en betegnelse som brukes uansett om svulsten er ondartet eller godartet. Metastaser er betegnelse på spredning av kreftceller fra ett organ til et annet. Spredning gjennom lymfekar og blodbanen er det som er vanligst. Celletypen, organet svulsten utgår fra og om

den er god eller ondartet er det en legger vekt på når svulsten klassifiseres (Jacobsen et al., 2001).

I følge Rustøen et al., (2008) vil antall krefttilfeller øke med ca 25 prosent frem til 2020 og omtrent halvparten av disse vil ikke kunne helbredes. En av de mest fryktede følger av en kreftdiagnose er smerter. Det er dokumentert at mange kreftpasienter plages av smerter. Grunnsykdommen utgjør 70 prosent av smertene hos kreftpasienter, hos de resterende skyldes smertene sekundære følgetilstander (Bjørø, 2006).

Finnes det behandling som gir mulighet for helbredelse vil pasienten tilbys det. Å bli helbredet er i mange tilfeller et urealistisk mål der behandlingens målsetting vil være å lindre (Jacobsen et al., 2001). Smertelindring er her sentralt.

2.3 Smerter – en personlig erfaring

Smerter er en sammensatt opplevelse. En rekke faktorer i og omkring den som har smerter påvirker smerteopplevelsen. Faktorene kan forverre eller redusere smerteopplevelsen. Opplevelsene av smerter kan være forskjellig hos personer som opplever den samme smertestimulusen, og graden av smerte kan variere fra en situasjon til en annen. Smerteopplevelsen er subjektiv og bare den som selv kjenner smertene kan vite hvordan den føles. Smertene rommer mer enn det som kan uttrykkes med ord. Det er naturlig med individuelle forskjeller siden smerteopplevelsen er så sammensatt (Almås, Valand, Bilicz & Berntzen, 2001).

Kulturen en person lever innenfor og individuelle forskjeller i hvordan personer uttrykker smerte på kan gjøre det vanskelig å forstå hvor mye smerte en pasient har. Egne erfaringer både fra yrkessammenheng og smerteopplevelser kan være med å påvirke oppfatningen av andres smerter (Almås et al, 2001). Gode kunnskaper om smerter og smertebehandling kan bidra til at pasientene får best mulig smertelindring og påvirke smerteopplevelsen på en positiv måte.

2.3.1 Hva er smerte

Smerte er en opplevelse sammensatt av kognitive funksjoner, sanse og emosjonelle reaksjoner. Smertestimuli reageres på med individuell styrke fra det perifere og sentrale nervesystemet. Dette gjør at smerteopplevelsen er individuell for hvert menneske, selv gjerne med samme skade eller sykdom (Bjørge, 2006 og Rosland og Tjølsen, 2007).

I følge Ljoså og Rustøen (2008) fokuseres det ofte på den subjektive, personlige opplevelsen rundt smerte og i klinisk praksis blir følgende definisjon anbefalt:

”Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personene som opplever smerte, sier at han har smerte” (Ljoså og Rustøen, 2008 s. 63).

Definisjonen til International Association for the Study of Pain sier noe om den fysiske smerten, definisjonen lyder:

”Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette” (Kaasa og Borchgrevink, 2007 s. 272).

Jeg finner begge definisjonene aktuelle for den fysiske smerten pasienter kan oppleve. For å bidra til best mulig smertelindring må pasientens subjektive oppfatning av smertene være sentral.

2.3.2 Kreftsmarter, fysiske smerter

I følge Bjørge (2006) kan kreftsmarter klassifiseres som kroniske eller akutte. Hos de med kroniske smerter sees i tillegg gjennombruddsmarter. Gjennombruddsmertene vil ha betydning for behandlingsopplegget pasientene får. Kreftsmarter innebærer i utgangspunktet betydelig vevstraume og stimulerer nosiseptorene i hud, muskler, skjelett og ledd. Svulstvekst i disse organene gir intens og lokalisert smerte (Rosland og Tjølsen, 2007).

Visceral smerte er indre smerte fra organer som hjerte, tarmer og bekkenorganer. Innvekst i indre organer gir ofte en annerledes smerte. Dårlig lokalisering og referering av smerte til

andre steder på kroppen er typisk. Iskemi og strekk er det som utløser smerten i tillegg til vevsinflammasjon (Rosland og Tjølsen, 2007).

Skjelettmetastaser er den vanligste årsaken til smerteproblemer hos kreftpasienter. Smertene er ofte murrende og verkende der smerteintensiteten øker ved bevegelse og belastning. Minst 50 prosent av alle smerter hos kreftpasienter forårsakes av skjelettmetastaser (Bjørge, 2006 og Almås et al, 2001).

Nevropatiske smerter forårsakes av innvekst av beinmarg som skader nervefibre og nerveendingene i margen. Disse smertene forekommer hos minst 30 prosent av de med langtkommet kreft. Skadene kan være både sentrale og perifere og arte seg på ulike måter. Smertene kan oppleves konstant, sviende, stikkende, brennende og ofte kombinert med en dypere, borende smerte. Skytende eller utstrålende smerter er og vanlig ved nevrologiske smerter (Bjørge, 2006 og Rosland og Tjølsen, 2007).

Rustøen et al., (2008) viser til at kreftsmarter er et hyppig symptom hos pasienter i den palliative fasen. Hvordan sykepleieren ivaretar sitt selvstendige ansvar for å lindre smerten har noe å si for hvor god smertelindringen til pasienten blir.

2.3.3 Kartlegging av smerte

For at smerten skal lindres må den først kartlegges. Sykepleierens oppgave i smertekartleggingen er å observere symptomer som svette, blekhet, anspenhet og uro. Objektive målinger som blodtrykk, puls og respirasjon må og innhentes i tillegg til pasientens subjektive oppfatning av smertene og situasjonen (Almås et al., 2001 og Rustøen, 2007). Dokumentasjon av pasienten smerter er en viktig del av kartleggingen og den videre behandlingen pasienten får. Dokumentasjonen må inneholde informasjon om når smertene begynner, om smerteintensiteten varierer i løpet av døgnet, smerteutviklingen og effekten av den medikamentelle behandlingen pasienten får (Bjørge, 2006 og Torvik, Skaug og Rustøen 2008).

I Rustøen (2007), Almås et al., (2001) og Torvik et al., (2008) ser en at for å få en god kartlegging av smertene kreves det ofte hjelpemidler som datasamlingsguider, skalaer og ferdig utviklede spørreskjemaer. Ved å bruke validerte kartleggingshjelpemidler vil en kunne

sikre at de innsamlede dataene blir pålitelige og holdbare. I det kliniske arbeidet anvendes ulike hjelpemidler for å kartlegge pasientens smerter.

Esas er et kartleggingsverktøy for symptomregistrering innen palliasjon. Her undersøkes ulike symptomer der pasienten krysser av fra null – ingen symptomer til ti - verst tenkelig symptomer.

Smerteskalaer gir et innblikk i pasientens egen opplevelse av smerte. Det finnes ulike skalaer med og uten tall eller ord som beskriver smerten. Smertene vurderes på en skala fra null til ti, hvor null representerer ingen smerte og ti er verst tenkelig smerte. *Numerisk rangering skala (NRS)* og *visuell analog skala (VAS)* er eksempler på slike skalaer.

Ansiktsskala er en skala som består av ulike ansikter med forskjellige uttrykk. Den ene ytterkanten illustrerer et nøytralt/smilende fjes/ ingen smerte og ansiktet på den andre ytterkanten illustrerer et lidende/gråtende fjes/ sterk smerte. Her skal man vurder smerten ved å peke på det ansiktet som best beskriver ens situasjon.

Kroppskart er et annet hjelpemiddel for å kartlegge utbredelse og type smerte. Her markerer pasienten på et kroppskart hvor de har smerter. Det er enkelt i bruk og en får oversikt over smerteutbredelsen.

For å vurdere effekten av smertebehandlingen må skalaen brukes regelmessig og dokumenteres og pasienten må forstå hensikten med skalaen og hvordan den brukes. Da kan skalaen være et effektivt hjelpemiddel i smertelindringen (Almås et al., 2001).

I følge Almås et al., (2001) ser en at når en bruker smerteskalaer at pasienten ikke bør ha en score høyere enn tre. Angis høyere smertescore har pasienten behov for en ny dose med analgetika.

Siden smerteopplevelsen er sammensatt bør det i tillegg til smerteintensitet og utbredelse innhentes opplysninger om dagligliv, helsetilstand, funksjonsevne, aktivitet, uro, symptomer og behov hos pasienten. Dette vil gi grunnlag for å identifisere pasientens problem eller behov for hjelp (Rustøen, 2007).

2.3.4 Medikamentell smertelindring

Før virkningen av smertebehandlingen er tilfredsstillende må det ofte utprøves forskjellige medikamenter. Behandlingen bør samtidig gi et minimum av bivirkninger. At pasienten er smertelindret i ro skal være et minimumskrav (Bjørge, 2006).

Smerteregeime for kreftpasienter med kroniske smerter er bygd opp etter bestemte retningslinjer, *smertetrappen*. Smertetrappen inndeles i fire trinn. Første trinn inneholder ikke opioide analgetika. Det består av ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs) og paracetamol. Andre trinn inneholder kombinasjonspreparater. Disse består av ikke opioid analgetikum, for eksempel paracetamol, i et fast forhold til et svakt opioid. Kodein er det vanligst svake opioidet å bruke. I tredje trinn benyttes sterke opioider. Morfin, Fentanyl, Metadon og Petidin er blant annet preparater som inneholder sterke opioider. På dype, verkende, somatiske og vicerale smerter er opioidenes virkning meget god. I det fjerde trinnet er det mulighet for å gi opioider døgkontinuerlig som plaster, subkutan, epiduralt eller intravenøst. Siste trappet er aktuelt når store perorale opioid doser ikke kan kontrollere smertesituasjonen. Og hos de som ikke kan behandles med perorale medikamenter av forskjellige årsaker som for eksempel kvalme og oppkast (Bjørge, 2006 og Almås et al., 2001).

2.3.4.1 Sykepleierens ansvar i den medikamentelle smertebehandlingen

For å gi pasienten en tilfredsstillende smertebehandling har sykepleieren et stort medansvar. Sykepleieren er den som har nær kontakt med pasienten og har godt grunnlag for å danne seg et bilde av pasientens situasjon. Gjennom observasjoner, samtaler og faktorer som virker inn på smerteopplevelsen til pasienten kan en få et inntrykk av hvordan smertebehandlingen fungerer. Sykepleieren må holde seg faglig à jour, ha kunnskaper om smertebehandlingsprinsipper, virkninger og bivirkninger av medikamenter og ulike reaksjoner på smerter og bakgrunnen for disse. Slike kunnskaper hos sykepleieren kan bidra til å øke pasientens kjennskap til ulike metoder og lettere se valgmuligheter (Almås et al., 2001).

For et godt resultat i smertelindringen er det nødvendig med et godt samarbeid med legen. Oppgavene som utføres i forhold til medikamenthåndtering skal være delegert av lege. Rekvisisjonene skal være utgangspunkt for sykepleierens arbeid i utdeling av medikamenter.

Blir sykepleier satt til å gjøre noe som de mener ikke er forsvarlig skal legen formidles dette. Som helsepersonell er en forpliktet av helsepersonelloven og den er av stor betydning for oss som sykepleiere og vår rolle i smertelindringen (Molven, 2006).

2.4 Hva er palliasjon

WHO sin definisjon på palliasjon (1990) er:

"Palliative care is the active, total care of patients at a time when their disease is no longer responsive to curative treatment and when control of pain, of other symptoms and of a social, psychological and spiritual problems is paramount" (Kaasa, 2007 s 37).

I palliativ behandling spesialiserer man seg på behandling og pleie til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid, ett år eller mindre. Den palliative fasen starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig (Kaasa, 2007).

Palliativ eller lindrende behandling anvender samme prinsipper som behandling med kurativ intensjon. Den palliative behandlingen skal være livsforlengende, symptomforebyggende, symptomlindrende eller en kombinasjon av disse (Almås et al, 2001).

2.5 Kommunikasjon med kreftpasienten

Profesjonell kommunikasjon brukes av fagpersoner og har til hensikt å ivareta pasienten på en god måte, møte pasientens behov, fremme likeverd og respekt og bidra til at pasienten får brukt sine ressurser bedre (Eide og Eide, 2004).

Ved kreftsykdom kan ensomhetsfølelsen oppleves som stor. Pasienten har behov for å opprettholde relasjoner til andre. Pasienten har behov for emosjonell, praktisk og sosial støtte, som må sees i et helhetsperspektiv, der disse områdene er knyttet til hverandre. Informasjon som gis til pasienten bør være tilpasset og formidlet ut i fra pasientens behov. Den må formidles på et språk som pasienten forstår, kort og konkret og må gjentas. Pasientens evne til informasjonsbearbeiding kan være nedsatt (Reitan, 2006).

Travelbee (2005) mener at det viktigste redskapet for å etablere et menneske til menneske forhold til pasienten er kommunikasjon. For Travelbee er sykepleie en mellommenneskelig prosess med to likeverdige mennesker. Sykdom og lidelse ses på som konkrete menneskelige erfaringer, men de er allikevel personlige fenomener, som knyttes til det som er av verdi for personen. Enhver sykdom og lidelse er en trussel mot selvet. Pasientens opplevelse av sykdom og lidelse blir derfor fokuset for sykepleieren. Lidelse oppstår når mennesket blir bevisst sin fysiske, emosjonelle eller åndelige smerte og er ofte knyttet til sykdom, adskillelse, tap og nedsatt egenverd.

Verbal og nonverbal kommunikasjon ser Travelbee på som en forutsetning for all sykepleie. Hensikten med kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten for å definere behov for sykepleie. Fem faser beskrives i interaksjonen, fra det første innledende møtet til en gjensidig forståelse og kontakt som finner sted i den siste fasen. Sympati og empati preger fasene. Empati er evnene til å gå inn i og forstå et annet individs følelsesmessige tilstand, for å kunne forstå vedkommendes handlinger (Travelbee, 2005).

Travelbee vektlegger sykepleierens holdninger og væremåte, og krever at sykepleieren viser personlig engasjement og vilje til å involvere seg i pasientene. Den sosiale konteksten menneskene lever i tas lite hensyn til. Kommunikasjonsferdighetene til pasienten og sykepleieren stiller hun videre store krav til. I følge Travelbee vil en sentral sykepleieoppgave overfor kreftpasienter som er i fokus i min oppgave være å hjelpe de å finne mening i sin lidelse (Travelbee, 2005).

2.6 Livskvalitet og håp

God livskvalitet er individuelt og kan forandre seg etter hvor en befinner seg i livet og hvilken situasjon en er i. Livskvalitet er et subjektivt begrep og handler om hva den enkelte legger i det å ha det godt eller dårlig. Håp, mening, identitet og fellesskap er faktorer som er medvirkende momenter som kan øke livskvaliteten (Engedal og Hanestad, 2008).

Det finnes ulike definisjoner av begrepet livskvalitet der ulike forhold vektlegges. Hvordan smerte vil påvirke livskvaliteten vil være ulikt, ut ifra hvilken definisjon en velger (Wahl og Rustøen, 2008).

Rustøen (2006) viser til fire dimensjoner: håp, mening, fellesskap og identitet/egenverd som sannsynligvis er sentrale betingelser for livskvalitet og som blir trukket frem i definisjoner av livskvalitet.

For å kunne ivareta livskvaliteten er håpet en viktig faktor for å finne mening i en vanskelig tid. Håp er ifølge Travelbee (2005) en mental tilstand som gjenkjennes ved at man har et ønske om å nå frem til eller oppfylle et mål.

Alvorlig syke kan føle håpløshet og maktesløshet over sin situasjon, de har ikke kontroll over sin situasjon og trenger daglig hjelp og tilrettelegging fra profesjonelle. For kreftpasienter i palliativ fase kan håp være å sette seg et kortsiktig mål om å få være smertefri en hel dag (Kaasa, 2007).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007 s 81).

Metoden er redskapet vårt i det som skal undersøkes og forteller hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe kunnskapen. Metoden hjelper oss å samle inn informasjon og kunnskap og kan være med å underbygge en påstand (Dalland, 2007).

3.2 Litteraturstudie som metode

Oppgaven er inspirert av et systematisk litteraturstudie som innebærer at den baseres på allerede eksisterende faglitteratur, forskningsartikler, fagartikler, lovverk og sykepleierteori.

En forutsetning for å gjøre litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig litteratur og forskning rundt tema som kan belyse problemstillingen. Når en søker og finner aktuell litteratur bør en stille seg kritisk og analysere litteraturen for å få finne litteratur som foreligger om tema (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) kan en anvende både kvalitative og kvantitative forskning som arbeidsmateriale. Kvantitative og kvalitative data vil kunne supplere hverandre og dermed øke validiteten som fremkommer. Kvalitative data vil likevel best belyse og utdype mitt tema.

3.3 Metodens sterke og svake sider

Litteraturstudie som metode gir meg mulighet til å finne litteratur og forskning som allerede er gjort på tema jeg har valgt. På kort tid finner en mye litteratur som belyser tema, en får en breddeinnsikt i emnet og kildene er lette og oppspore.

Metodens svake sider kan være at forskningen er gjort av andre og vedkommendes vurderingsevne og synspunkter kan virke inn på dataen som skal granskes. Dette kan gi fokus på andre aspekter enn det jeg ville lagt fokus på. Tilgang på relevant forskning kan være begrenset og utvalget kan være selektivt der forfatterne velger det som støtter deres synspunkter. Resultatene en da kommer frem til kan da være ulike (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.4 Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne frem til litteraturen som skal brukes i oppgaven har jeg benyttet skolens bibliotek, og søkt hjemmefra via bibliotekets søkemotor Bibsys. Søk etter artikler gjorde jeg i Proquest, Pubmed, Swemed, Medline og Vård I Norden. Proquest og Vård I Norden var de databasene jeg til slutt valgte å hente ut artikler fra. Jeg har også funnet relevant litteratur i Tidsskrift for Den norske legeforening.

Søkeord jeg brukte var: palliative care, cancer, pain, paincontrol, nursing, analgesia, palliativ behandling, smerter, smertebehandling, kreft, kreftsmarter, palliativ fase, lindrende behandling og symptomregistrering. Jeg fikk mange treff og det var mye som ikke samsvarte med problemstillingen min. For å få finne frem til mest mulig relevante artikler måtte jeg kombinere flere ord sammen.

I Bibsys søkte jeg med ord som palliasjon, smerter, smertelindring, lindrende behandling og palliativ pleie og fant ulike bøker som omhandlet tema.

Noe av litteraturen hadde de inne på biblioteket og noe måtte bestilles.

Tips til aktuell litteratur fikk jeg også av veileder underveis i oppgaveskrivingen. I andres kildehenvisninger fant jeg og litteratur som jeg har valgt å bruke.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at en vurderer og kritisk gransker litteraturen som er brukt i oppgaven. Teori og forskningsartikler vurderes i den grad det er mulig, for å se om relevansen og gyldigheten er aktuell for problemstillingen (Dalland, 2007).

Jeg har prøvd å holde meg til primærkilder i oppgaven for å unngå feiltolkninger men har også benyttet sekundærkilder. Sekundærkilder er allerede oversatt og tolket av andre. Dette kan virke inn på data som granskes og påvirke sluttresultatet. Når jeg har oversatt engelske artikler kan det være fare for unøyaktighet ved oversettelse til norsk.

I utgangspunktet har jeg ekskludert litteratur eldre enn 10 år, men har likevel valgt å ha med artikkelen til Anvik (1999). Grunnen til at jeg anser artikkelen som aktuell er at den omhandler sykepleiernes erfaringer, og at vi i tillegg er tidlig i år 2010. Litteratur bør ikke være eldre enn 10 år siden det stadig frembringes ny forskning på ulike områder.

Jeg har brukt noen fagartikler fra Tidsskrift for Den norske legeforening og tidsskriftet Sykepleien som ikke er basert på forskning. De har jeg valgt å bruke fordi de gir en del relevant informasjon og kunnskap som er aktuell for oppgaven.

3.6 Etiske aspekter

Etiske overveielser og etiske retningslinjer med de etiske prinsippene om autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet er viktig for all medisinsk og sykepleiefaglig forskning. Vitenskapelige artikler skal være godkjent av etisk komiteer eller vurdert i forhold til de etiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen (Slettebø, 2005). Jeg har derfor vært opptatt av at artiklene jeg har brukt har fulgt disse etiske prinsippene.

Ut ifra min forståelse har jeg prøvd å gjengi det andre har skrevet så korrekt så mulig, med forbehold om at jeg har misforstått artiklene. Høyskolenes retningslinjer for kildebruk og referanser er lagt til grunn i besvarelsen, der jeg har prøvd å skille mellom hva som er forfatterens og hva som er mitt eget i oppgaven.

3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur

Anvik, (1999): Hensikt med studien var å få frem opplevelsene av de utfordringene sykepleierne står overfor med døende kreftsyke pasienter i hjemmet og hvilke muligheter de har for å mestre disse. I artikkelen understrekes betydningen av at sykepleierne er oppdatert og har kunnskaper om palliativ medisin. Av plagsomme symptomer er smerter et hovedproblem som ofte er vanskelige å kontrollere. Sykepleierne står alene om en ansvarsfull og krevende omsorg.

Chang et al., (2005): Bakgrunnen for undersøkelsen var å se på sykepleierens involvering i smertebehandlingen og hva den hadde å si på effekten av behandlingen. Resultatet viste at bare 27 prosent av sykepleierne var villige til å maksimere dosen av opioider. De fleste av disse sykepleierne var eldre, med lang erfaring og var ikke bekymret for avhengighet hos pasientene.

Gran (2004): Formålet med studien var å få fram kunnskap omkring terminale cancerpasienter lidelser og sykepleiernes kjennskap til lindrende sedering. Smerter var et av symptomene pasientene led under. Flere av sykepleierne var redd for å gi pasientene smertestillende eller beroligende sprøyter, og noen hadde fraviket doseringen.

Holtan et al., (2005): Studien viste at 51 prosent hadde smerter mens de var hospitalisert. Enkelte av dem med verst smerter bruker ikke analgetika. Gjennombruddssmerter rapporteres hos 1/3 av de spurte. Det vises til svik rundt basale prinsipper i smertebehandlingen, bruk av smertetrappen og bruk av opioider.

Molnes (2008): Hensikten med studien var å finne ut av hvilke erfaringer sykepleierne har med lindrende smertebehandling til kreftpasienter i hjemmesykepleien. Sykepleierne var stort sett fornøyde men tok også opp områder som kan forbedres. Å tilby kreftpasienter den beste smertelindringen var en stor utfordring.

Seland, M., Kaasa, S. & Klepstad, P. (2005): Bakgrunnen for studiet var å finne ut om leger og sykepleiere registrerte smerter og andre symptomer ved innleggelse. Smerte ble registrert i 90 prosent av innleggelsene. Legene registrerte smerte hyppigere enn sykepleierne. Fritekst var hyppig brukt i registreringene.

Svenkerud (2009): Hensikten med studien var å beskrive erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har fra å yte sykepleie til pasienter i palliativ fase hjemme. Det snakkes lite om faktakunnskap. Sykepleierne tar initiativ for å lindre symptomer hos pasienten men kartlegger ikke, og følger ikke opp pasientens symptomer på en systematisk måte.

Yong, et al.,(2006): Hensikten med studien var å finne ut hvilke symptomer som forekommer hos kreftpasientene og hva de plages mest med. Smerter var det vanligste og alvorligste problemet etterfulgt av tretthet som virket mest inn på hverdagen.

Xue et al., (2007): Grunnet dårlig kunnskap og håndtering av smertestillende, opplevde pasientene unødvendige smerter. Forskningen konkluderte med at de ulike helsearbeiderne hadde behov for å videreutvikle sine kunnskaper om smertebehandling.

3.8 Presentasjon av bøker

Valg av bøker har eg gjort ut ifra bøker fra pensum og ved søk i Bibsys. Jeg ønsket utfyllende litteratur, helst i form av bøker av nyere dato. Bøkene jeg har brukt mest i oppgaven er:

Almås, R.: *Klinisk sykepleie* (2001): Gir teoretiske og praktiske kunnskaper som utgjør grunnlaget for sykepleierens vurderinger og handlinger.

Kaasa, S.: *Palliasjon; Nordisk lærebok* (2007): Boka tar samlet for seg palliativ behandling og pleie av pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Der blant annet lindring av smerter sammen med andre plagsomme symptomer er viktig.

Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K.: *Kreftsykepleie; Pasient- utfordring- handling*. (2006): Boken tar for seg fagområdene innen kreftomsorgen. Den omhandler kunnskaper og ferdigheter sykepleieren må ha med seg for å ivareta utfordringene kreftpasienter og deres pårørende står ovenfor i møte med sykdommen og behandlingen. Gir en innføring i generell onkologi. Gjennomgår sentrale sykdomsgrupper, behandlingen og de spesielle sykepleierutfordringene og handlingene.

Rustøen, T. og Wahl, K. A.: *Ulike tekster om smerte; Fra nosicepsjon til livskvalitet*. (2008): Boken er en samling tekster omkring det å ha smerter, sett fra flere perspektiver og ulike kontekster. Bidragene i boken spenner fra smerter i et fysiologisk perspektiv, til håp og smerte.

Travelbee, J: *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (2005): Sykepleie som en interaksjonsprosess med fokus på relasjonen mellom sykepleier og pasient presenteres. Travelbee fremhever at målet til sykepleieren er å skape et menneske til menneske forhold mellom sykepleieren og pasienten. For å skape denne relasjonen må kommunikasjon til.

Aambø, A: *Smerter: smerteopplevelse og adferd* (2007): Boken handler om hvordan smerter oppleves og kommuniseres, hvordan smertene kan mildnes og behandles og hva som skjer i møtet mellom hjelpere og de som trenger hjelp.

4. 0 Drøfting og presentasjon av funn

4.1 Opplevelsen av smerter

Rustøen et al.,(2008) viser til at kreftsmarter er et hyppig symptom hos pasienter i den palliative fasen. Videre vises det til at smerter er noe pasientene frykter mest ved å få en kreftdiagnose. Siden det er ulike grunner til at pasientene opplever smerte er det viktig ved behandlingen av kreftsmertene å skille mellom hva som forårsaker smerten pasienten opplever. Er det tumorutviklingen, behandlingen eller smerter av andre årsaker? Ved å være klar over årsakene til smertene kan en lettere bidra til best mulig smertelindring hos pasientene.

Studiet til Holtan et al.,(2005) viste at 51 prosent hadde smerter mens de var hospitalisert. Videre vises det til at palliasjon til kreftpasientene ikke er god nok. Dette gjaldt særlig pasienter med nevropatiske smerter og gjennombruddssmerter. Disse pasientene fikk ofte ikke god nok lindring og hadde det derfor verre enn andre pasienter. Dette gikk utover livskvaliteten. Det kan være mulig at forskningsmetoden i studiet gir et feil bilde av situasjonen. Flere av pasientene kan nylig ha blitt hospitalisert på grunn av smertene og ikke kom i gang med smertebehandlingen på studietidspunktet. Noe som kan gi feilmargin.

Borchegrevink, Klepstad, Kongsgaard & Kaasa (2004) hevder derimot at 70-90 prosent av pasienter i palliative fase har smerter. Ersland, Baranczyk, Nordstrøm, Håvåg & Bratveit (2002) viser og til at forekomsten av fysiske plager, deriblant smerter er stor. Mange pasienter får utilfredsstillende lindrende behandling, og må bruke mye unødvendige ressurser på å mestre dette. Å bidra til best mulig livskvalitet må være motivet for sykepleien og behandlingen til kreftpasienter i palliativ fase, slik jeg ser det.

Vedvarende smerter kan øke pasientens oppgitthet og medvirke til følelsen av å leve et uverdig liv (Kaasa, 2007). Vi som sykepleiere har derfor en viktig oppgave å hjelpe til med riktig smertelindring til disse pasientene.

I studiet til Yong (2006) ser vi også at smerter er det vanligste og alvorligste symptomet hos kreftpasientene. Likevel viser Yong (2006) til at selv om smerter forekommer ofte og er det vanligste symptomet, er likevel tretthet det symptomet som virker mest inn på hverdagen hos disse pasientene. Hva da med de uttalte smertene pasientene hadde?

Pasientene i studien til Yong (2006) hadde allerede god kontakt og hjelp i smertelindringen fra palliativt team. De har gjerne begynt tidlig smertelindring og fått god oppfølging og ser derfor ikke på smertene som det mest plagsomme symptomet. Kanskje smertene har indirekte virkning på den trettheten pasientene føler? Smertene kontrolleres gjerne med søvn indirekte. Jeg har sett i praksis pasienter har vondt og uttrykker smerte, men gjerne legger seg til å sove for å prøve å fortrenge smertene. De vil gjerne heller holde sengen for å slippe å ha uutholdelige smerter som de vil få om de sitter oppreist eller er i bevegelse. Gjerne ligger de der i en stilling for alt annet gjør vondt. Noe som igjen kan påføre nye smerter i tillegg til kreftsmertene for eksempel i form av liggesår. Tretthet oppleves lett i forbindelse med dagligdagse gjøremål hos kreftpasientene, derfor kan og tretthet sees på som et stort problem og er ikke like lett å kontrollere som smertene. Som sykepleiere må vi være klar over at smertene og smertebehandlingen kan gi pasientene nye plager og stille oss ovenfor nye dilemmaer.

Teoretisk og personlig kompetanse er viktig hos sykepleieren og må utvikles for å øke kvaliteten i smertelindringen (Molnes, 2008). Det innebærer at sykepleierne må ha kunnskap om forebygging av smerte, vurdere og identifisere smerte og effekten av smertebehandlingen.

Helsepersonelloven (1999) § 4 tar for seg kravet om forsvarlighet, og sier noe om hva som kan forventes ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner. For å oppfylle kravet om forsvarlighet forplikter helsepersonell å handle innenfor sitt kompetanseområde. Klarer man å oppnå gode faglige kvalifikasjoner, vil det bidra til at man får økt kompetanse og behandlingen til pasienten blir bedre. Å bli møtt av kompetente sykepleiere som engasjerer seg og bryr seg om den enkelte pasient har pasientene krav på. Manglende kunnskap og oppdatering hos sykepleierne vil føre til en dårligere smertelindring til pasientene. For at flere kreftpasienter skal få være hjemme og få en god og verdig behandling i hjemmet, bør det fokuseres mer på sykepleierens kompetanse i smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. I smertebehandlingen ligger det en rekke utfordringer for oss sykepleiere og nærheten vi har til pasientene underbygger denne rollen til tilfredsstillende smertelindring.

Mellommenneskelige relasjoner ser en i Anvik (1999) er helt avgjørende for god omsorg. Kreftpasienters livssituasjon kan være vanskelig der mange må leve med smerter. Hvordan pasientene mestrer situasjonen de er i er individuelt. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om hva disse pasientene opplever som viktig for god omsorg.

I Molnes (2008) ser en at respondentene opplevde det som viktig at det i en tidlig fase skapes en relasjon til pasientene. Dette trekkes også frem i studiet til Svenkerud (2009). Å danne relasjoner til kreftpasientene, mente flere også var viktig for å skape tillitt i forholdet. Ved å skape relasjoner, tillit og trygghet kan en bedre kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier. Hva som er god kommunikasjon varierer ut ifra ulike situasjoner. En forutsetning er å kunne se pasienten og styre samtalen ut fra behovet han har. Å forholde seg til det pasienten uttrykker, vise empati slik at pasienten føler seg forstått, sett og ivaretatt kan bidra til best mulig smertelindring for pasienten.

Som sagt tidligere i oppgaven er smerter et subjektivt fenomen og smerteopplevelsen individuell. Derfor er det viktig at man lytter til pasientene og er forståelsesfull for deres opplevelser. Det kan lett trekkes slutninger fra tidligere kreftpasienter. Å ta med seg erfaringer fra tidligere opplevelser kan være greit, men opplevelsen av smerte er ulik fra hver enkelt pasient og omgivelsene. Pasientene må få uttrykke og tolke smerten på sin måte, så kan man heller gjennom samhandling finne den smertelindringen som er best for pasienten.

Det kan være vanskelig å hjelpe pasienter med uutholdelig lidelse å finne mening i lidelsen. Likevel synes jeg Travelbees fokus på interaksjonen og det mellommenneskelige aspektet mellom pasient og sykepleier er et viktig bidrag for meg som skal utøve sykepleie til disse pasientene. Hun etterspør en sykepleie preget av engasjement, kommunikasjonsferdigheter, gode holdninger og verdier. Dette mener jeg er sentralt i sykepleien til alle pasienter, inkludert de i palliativ fase. Teorien bygger på det faktum at smerte og lidelse er en uunngåelig del av menneskelivet. Ved å utøve sykepleie ut ifra Travelbee sin teori kan en lettere ta del i og forstå pasientens tanker og følelser og dermed bidra til best mulig smertelindring hos pasienten (Travelbee, 2005).

I Lorentzen (2003) kommer det frem at det å være lyttende til lidelsen kan bidra til håp. Studien viste at opplevde pasientene sykepleier sin holdning som positiv, gjennom kroppsspråk, empatisk stemmebruk og lytting gav det signaler som styrket håpet hos pasientene. Videre viste studien at kommunikasjon og samhandling med pasienten er faktorer som bidrar til å takle hverdagen, finne mening og føle seg bedre lindret. Får pasienten tífredsstillende palliativ behandling og smertelindring kan vi som sykepleiere være med å styrke håpet.

4.2 Kartlegging av smertene

Når kreftpasienter har smerter kan det være vanskelig å fokusere på noe annet. Derfor er det vesentlig at smertene blir kartlagt slik at pasienten kan få tilstrekkelig smertelindring.

Rustøen (2007) viser til at til tross for at store mengder mennesker opplever smerte er helsepersonell ikke gode nok til å kartlegge smerter og at de ofte undervurderer pasienters smerteproblem. Dette ser vi i studiet til Anvik (1999) der sykepleierne ofte opplevde å stå alene når det gjaldt å kartlegge og tolke smerter hos pasientene, samt å vurdere type medikamenter og dosering. Vurdering av smerte skjedde stort sett gjennom observasjon av pasienten, pasientens egne uttrykk av smerte og hvordan pårørende opplevde smertene. Kroppskart og andre kartleggingsmetoder ble ikke benyttet. Det virket som smertetype og differensiering av smerte ble lite vektlagt. Svenkerud (2009) viser til at sykepleierne tar initiativ til å lindre smerter, men kartlegger ikke. De følger heller ikke opp pasientens smerter på en systematisk måte. Studiet til Molnes (2008) viser at bare tre av ti sykepleiere hadde brukt ESAS, noe som kan skyldes at de ikke hadde rutiner på å bruke det. En av ti sykepleiere hadde brukt kroppskart, og ingen hadde benyttet VAS og NRS.

I studiet til Seland et al., (2005) ble smerte registrert hyppigere av leger enn av sykepleiere. Det var hovedsakelig fritekst som ble brukt i registreringen. At leger registrerte smerte oftere enn sykepleierne er bemerkelsesverdig når det i teorien står at sykepleiere er de som har nær kontakt med pasienten og har et godt grunnlag for å danne seg et bilde av pasientens situasjon. 39 prosent av sykepleierne brukte standardiserte kartleggingsverktøy, noe legene ikke var så flinke til. Sykepleierne kartla pasientens smerteintensitet mer korrekt enn legene selv om legene oftere registrerte smerte. Undersøkelsen til Seland et al., (2005) viste at potensialet for forbedring ligger i å utføre smertekartleggingen på en mer systematisk måte, blant annet ved å bruke ESAS. Dette fordi ESAS baseres på en enkel egenrapportering av smerte og symptomer. Utgangspunktet for helsehjelpen blir derfor ut ifra hva pasienten uttrykker som viktig. Dermed er pasienten delaktig i smertebehandlingen ved selv å vurdere sine egne smerter. Autonomi kan gi pasienten følelsen av å ha kontroll.

Å bli anerkjent og respektert som person ser en i Eide (2008) er grunnleggende for å oppleve seg selv som en hel person. Når selvopplevelsen rokkes ved, som når man har smerter, er det av stor betydning å bli anerkjent. Det er viktig å høre på det pasientene sier om at de har smerter. Kartleggingsverktøy bør anvendes i økende grad fordi pasienter har ulike nonverbale

uttrykk når de har smerter og underkommuniserer hvor vondt de har. I Eide (2008) anvender sykepleiere tre strategier når de vurderer pasientens smerter: de vektlegger hvordan pasienten ser ut, hva pasienten sier og om de har erfaring fra lignende situasjoner. Dette er høyst subjektivt og ved å bruke kartleggingsverktøy vil en få en mer reell og lik vurdering av smertene. Når en bruker kartleggingsverktøy så må en være bevisst på at alle verktøyene ikke er like godt egnet for alle pasienter. Pasienter med kognitiv svikt eller deprimerte kan ha vansker med å fylle ut skjema. Kognitivt friske pasienter kan derimot også ha problemer med å tallfeste fysiske plager. Kan ikke pasientene anvende ESAS skjema kan de tilbys andre kartleggingsverktøy.

I studien til Holtan et al., (2005) vises det til at VAS er vanlig å bruke for å kartlegge kreftsmarter. Når en bruker smerteskalaer ser en i følge Almås et al., (2001) at smerteintensiteten ikke bør være høyere enn tre. Angis høyere smertescore har pasienten behov for en ny dose analgetika. I Xue et al., (2007) avdekkes smertedokumentasjonen til å være dårlig. Det samme ser en i Seland et al., (2005) der det kom frem at det er dårlig sammenheng mellom den dokumenterte graden av smerte og pasientens opplevelse av smerteintensiteten. Videre ser en at sykepleierne og annet helsepersonell har en tendens til å undervurdere pasientens smerter. I Almås et al., (2001) vises det til at sykepleierne bruker egne erfaringer til å tolke andres smerter. Dette kan være en av grunnene til at pasientens smerter blir undervurdert og viser viktigheten av god dokumentasjon og samhandling med pasienten.

I Holtan et al., (2005) ser en at pasientene også selv har ansvar for god smertebehandling. Det er ikke alle pasientene som tar initiativ til å snakke om smertene. Årsaker til dette kan være holdninger om at kreft medfører smerte, at "sånt skal det være", misforståelser om at det er lite å gjøre for å lindre smertene, fordommer relatert til avhengighet for analgetika og at andre plager er verre. Derfor må sykepleieren gi nødvendig informasjon til pasientene og informere om viktigheten av å rapportere egne smerter. Det er ingen hensikt å holde ut smertene lengst mulig. På tross av god informasjon har jeg sett i praksis at pasienter ikke har ønsket smertelindring før gjennombruddsmertene har vært uutholdelige. Det har da tatt lang tid før medikamentet har virket og dosen har måtte økes. Hadde de valgt å ta imot smertelindringen tidligere, forebyggende, kunne unødvendig smerte vært unngått. Det bør være en selvfølge at sykepleierne har rutiner på å benytte kartleggingsverktøy for å kartlegge smerte når den eneste gyldige indikator for smerteintensitet er pasientens egne tilbakemeldinger.

Studien til Molnes (2008) viser til at på grunn av manglende kompetanse og faglig usikkerhet ble pasienter som ønsket å være hjemme, innlagt på sykehus for smertelindring. Det å tilby kreftpasienter tilfredsstillende smertelindring var en stor utfordring. Mange av pasientene som kommer fra sykehuset har åpen retur, som kan være med å skape en trygghet. Kanskje denne muligheten blir benyttet for raskt i stedet for å ta tak i problemene?

4.3 Medikamentell smertelindring

Målet med medikamentell behandling er optimal smertelindring, ikke en tilstand uten smerter (Kaasa, 2007). Studiet til Holtan et al., (2005) viser at enkelte av kreftpasientene med verst smerter ikke bruker analgetika. Dette vises det også til i Chang et al., (2005). Sterke, uutholdelige smerter ble rapportert hos pasienter som ikke brukte opioider. Ut ifra hyppigheten av gjennombruddsmertene hos pasientene kan det virke som flere får for lave doser av opioider. Funn i studien til Molnes (2008) viser at pasientene ønsker å klare seg uten morfin, de vegrer seg for å ta opioider, i frykt for å miste kontrollen og kontakten med omgivelsene, utvikle narkomani og redde for at medikamentene ikke skal ha effekt om de får mer smerter.

I Borchgrevink et al., (2004) ser en at ved å følge WHO's prinsipper for bruk av analgetika vil omlag 80 prosent av kreftsmertene kontrolleres. Almås et al., (2001) sier at smertene kan kontrolleres hos 90 prosent av de pasientene med kreftsmarter, og hos de resterende 10 prosent kan plagene lindres. Ved å følge trinnene i smertetrappen, sammen med fortløpende diagnostikk og smertekartlegging, slik at den individuelle smerten tas hensyn til skal tilfredsstillende smertelindring være mulig. Det vises likevel til at kreftpasientene blir underbehandlet og lider unødvendig.

I følge Seland et al., (2005) blir smerte ikke dokumentert hos pasienter med lav egenregistrering av smerte. Dette kan trolig ha innvirkning på den medikamentelle behandlingen. Pasientene kan likevel ha behov for analgetika selv om de i liten grad registrerte smerte.

Chang et al., (2005) viser til at bare 27 prosent av sykepleierne var villige til å maksimere dosen av opioider til kreftpasienter med smerter selv om dosen var rekvirert av lege. De fleste

av disse var eldre sykepleiere med lang erfaring og var ikke redd for avhengighet hos pasientene. Dette kan tyde på at yngre sykepleiere med mindre erfaring har for lite kunnskaper om opioider og er redde for respirasjonsstans og avhengighet. I studiet til Gran (2004) ser en og at flere av sykepleierne var redd for å gi pasientene smertestillende/beroligende sprøyter, og at noen hadde fraviket doseringen. Det fremkom at flere sykepleiere fant lindrende sedering etisk vanskelig. Her kan en stille spørsmål om hva som er det beste for pasienten? Erfaringsmessig har jeg sett at de som sovner inn etter å ha fått smertestillende hadde behov for lindringen og i utgangspunktet var veldig svake. Intensjonen er smertelindring, med død som en forutsett og mulig sideeffekt. Dette kan for sykepleierne gi en sterk følelse av usikkerhet rundt administreringen av medikamentene. Xue et al., (2007) slår fast at sykepleierne trenger mer utdanning og kunnskap i smertelindring, selv hos de som til daglig arbeider med kreft smerter fremkommer det lav kunnskap. Grunnet dårlig kunnskap og håndtering av smertestillende, opplevde pasientene unødig smerte. 60 prosent av sykepleierne mente de hadde god utdanning og erfaring i smertelindring, men bare 34 prosent visste hvordan de skulle håndtere smerter ved skjelettmetastaser. Funn i studiene til Molnes (2008) viser at smertebehandlingen til tider er preget av personlige holdninger, og at det i noen tilfeller er hvem som er på jobb som bestemmer smertelindringen.

Ut ifra disse studiene ser jeg at smertelindring er et problem. Selv om kunnskapen rundt analgetika og smertelindring stadig bedres viser det seg at kunnskapen om prinsippene i smertetrappen ser ut til å være mangelfulle. I følge Holtan et al., (2005) medfører dette at bruken av smertestillende er for liten.

I Wahl og Rustøen (2008) ser en at de med sterke smerter opplever mye dårligere livskvalitet enn de med milde og moderate smerter. Borchgrevink et al., (2004) hevder at god smertekontroll ikke kan gi pasientene bedre livskvalitet.

Det er grunn til å tro at smerter påvirker livskvaliteten negativt. Man må likevel være varsom med konklusjoner siden livskvalitet defineres på ulike måter der det fokuseres på ulike aspekter ved smerte.

5.0 Avslutning

Kreft er en sykdom som involverer mange mennesker og kreftforekomsten er økende. I studiene fremkommer det at kreftsmarter er et hyppig symptom hos pasienter i den palliative fasen og at kreftpasientene ikke smertelindres tilstrekkelig. Uvitenhet og usikkerhet ved bruk av opioider og manglende smertekartlegging går igjen i studiene. Videre viser studiene at for å avdekke smerter må sykepleierne tilegne seg kunnskaper og holde seg oppdatert i bruk av de vanligste kartleggingsverktøyene og bruken av medikamentene i smertetrappen. I studien avdekkes at for å lykkes med smertebehandlingen må en bruke ulike tilnærminger i kombinasjon med medikamentell behandling. Smerter er et sammensatt fenomen og kan være kompliserte, noe som må tas hensyn til i smertebehandlingen.

Ut ifra denne gjennomgangen av forskningslitteratur og annen litteratur ser jeg at for at kreftpasienter skal få en god og verdig smertebehandling, bør det fokuseres mer på sykepleiernes kompetanse i smertelindringen. Økes kompetansen vil det bidra til at behandlingen til pasientene blir bedre.

Referanseliste

- Almås, H., Valand, E. Bilicz, J. A. & Berntzen, H. (2001). Sykepleie til pasienter med smerter. I ; H. Almås; *Klinisk sykepleie 1*. S 65- 115. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Anvik, V. H. (1999). Når den kreftsyke dør i sitt hjem – Sykepleiernes erfaringer. [elektronisk utgave]. *Vård I Norden* nr 3.
- Bjørger, S. (2006). Smerte og smertebehandling. I: A.M. Reitan & T.K. Schjølberg: *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling*. S 138-155. Akribe Forlag AS.
- Borchgrevink, P.C., Klepstad, P., Kongsgaard, U.E. & Kaasa, S. (2004). Bruk av opioider mot sterke kreftrelaterte smerter. [elektronisk utgave]. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 3. Tilgjengelig fra: <http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php>
- Chang, Y. J. et. al. (2005). Nurses willingness to maximize opioid analgesia for serve cancer pain, its predictor. *Support care cancer* nr 9 s 743- 751.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I: T. Rustøen & A. K. Wahl: *Ulike tekster om smerte; Fra nocisepsjon til livskvalitet*. S. 354-369. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, T & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis; Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, G & Hanestad, B.R. (2008). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. J.W. Cappelen Forlag AS.
- Ersland, A.L., Baranczyk, J., Nordstrøm, K., Håvåg, G.S. & Bratveit, B. (2002). Bedre lindring med tverrfaglighet. *Tidsskriftet Sykepleien* nr 20. Hentet 30 januar 2010 fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121755
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudie*. Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Gran, S. V. (2004). *Når slutten er god er allting så mye bedre: En deskriptiv studie av hvilken grad sykepleierne erfarer at terminale cancerpasienter lider, og deres befatning med lindrende sedering*. Hovedoppgave ved universitetet i Oslo, Det medisinske fakultetet.

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. Fra 2. juli 1999. Hentet 01. februar 2010 fra: <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-064.html>

Holtan, A., Kongsgaard, U. E & Ohnstad H. O. (2005). Smerter hos kreftpasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening nr 4*. Hentet 5. januar 2010 fra: http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1144334

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E, Ingvaldsen, B., Lund, K & Solheim. (2001). *Sykdomslære; Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S. (2007). Palliativ medisin – en introduksjon. I; S. Kaasa; *Palliasjon; Nordisk lærebok*. S 31- 46. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S. (2007). Smertebehandling. I; S. Kaasa; *Palliasjon; Nordisk lærebok*. S. 261-269. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S & Borchgrevink, P.C. (2007). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I : S. Kaasa; *Palliasjon; Nordisk lærebok*. S 271- 283. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kreftregisteret (2009). *Krefttallene for 2008*. Hentet 6. januar 2010 fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Kreftstatistikken-publiseres-i-dag/>

Ljoså, T. M & Rustøen, T. (2008). Kronisk smerte. I: Gjengedal, E & Hanestad, B. R.: *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. S 60-78. J. W Cappelens Forlag AS.

Lorentsen, V.B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? I: *Tidsskriftet Sykepleien Nr 21*. Hentet 30. januar 2010 fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121739

Molnes, S. I. (2008). *Kampen mot smertene: En studie av sykepleiernes erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.

Molven, O. (2006). *Sykepleie og jus*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Reitan, A.M. (2006). Krise og mestring. I: A.M. Reitan & T.K. Schjølberg: *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling*. S. 47-64. Akribe Forlag AS.
- Rosland, J. H & Tjølsen, A. (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I: S. Kaasa: *Palliasjon; Nordisk lærebok*. S 311- 326). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rustøen, T. (2006). Livskvalitet. I: A.M. Reitan & T.K. Schjølberg: *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring - handling*. S. 39-44. Akribe Forlag AS.
- Rustøen,T. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I: A. Aambø, *Smerter; smerteopplevelse og adferd*. S 127-142. J.W. Cappelens Forlag AS.
- Rustøen, T., Torvik, K., Valeberg, B., Utne, I & Stubhaug, A. (2008). Kreft og smerter. I: T. Rustøen & A. K. Wahl: *Ulike tekster om smerte; Fra nocisepsjon til livskvalitet*. S. 255- 270. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Seland, M., Kaasa, S. & Klepstad, P. (2005). Symptomregistrering hos kreftpasienter ved sykehusinnleggelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 18. [elektronisk utgave].
- Slettebø, Å. (2005). Forskningsetikk. I: B. S Brinchmann: *Etikk i sykepleien*. S 171- 173. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Svenkerud, T. M. (2009). *Sykepleie til pasienter i sen palliativ fase: Erfaringer fra sykepleiere i hjemmesykepleien*. Masteroppgave, Høgskolen i Buskerud.
- Torvik, K., Skauge, M. & Rustøen, T. (2008). Smertekartlegging. I: T. Rustøen & A.K. Wahl: *Ulike tekster om smerte; Fra nocisepsjon til livskvalitet*. S. 51-67. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wahl, A. K. & Rustøen, T. (2008). Smerter og livskvalitet. I: T. Rustøen & A.K. Wahl: *Ulike tekster om smerte; Fra nocisepsjon til livskvalitet*. S. 340-353. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Xue, Y., Shulman-Green, D., Czaplinski, C., Harris, D & McCorkle, R. (2007). Pain attitudes and knowledge among, RNs, pharamactists, and phsysicianson an inpatient oncology service. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Nr 5. S. 687-695.
- Yong, et al.,(2006). Symptoms in the lives of terminal cancer patient: Which is the most important? *Oncology;71: s 69-76*. Tilgjengelig fra: ProQuest, Bibsys.

Aambø, A. (2008) Innledning I: A. Aambø: *Smerter; smerteopplevelse og adferd*. S. 9-18.
J.W. Cappelens Forlag AS, Oslo.

Bildet på fremsiden hentet 04. februar 2010 fra:

http://www.kristendom.dk/modules/xphoto/cache/58/155958_411_800.jpg

